

**Verificación de discapacidad**

**Instrucciones:**

- Un profesional calificado debe completar y firmar este formulario. Consulte el reverso de este formulario para ver una lista de profesionales calificados que pueden proporcionar esta verificación.*

**Información sobre el programa:**

*Para ser elegible para una colocación en propiedades para adultos mayores o personas con discapacidades de Home Forward, ciertas preferencias en las listas de espera de Home Forward o cálculo de la renta para adultos mayores o personas con discapacidades de Home Forward, una persona debe cumplir con ciertos estándares de discapacidad.*

Una persona con una discapacidad es una persona que tiene:

- Una discapacidad según lo definido en la sección 223 de la Ley del Seguro Social. Esto es una falta de capacidad para participar en **cualquier** actividad importante debido a un impedimento físico o mental determinable médicamente, el cual se espera que dure por un periodo continuo de por lo menos 12 meses.
- Un impedimento físico, mental o emocional que se espera que sea de largo plazo, continuo y dure indefinidamente; que afecte de forma significativa su capacidad para vivir de forma independiente; y que sea de tal naturaleza que la capacidad para vivir de forma independiente pudiera mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas.
- Una discapacidad del desarrollo según lo definido por la sección 102 (7) de la Ley de Declaración de derechos y asistencia de discapacidades del desarrollo.

**Información sobre el grupo familiar**

**Nombre del jefe de familia:**

**Últimos cuatro números del SSN:**

**Nombre de la persona con discapacidad:**

**Fecha de nacimiento:**

**Certificación**

Con base en la(s) definición(es) anterior(es), es mi opinión profesional que:

**Nombre de la persona:** \_\_\_\_\_

Es una persona con una discapacidad

No es una persona con una discapacidad

Esta discapacidad comenzó alrededor de: \_\_\_\_\_  
el reverso.

Para incluir comentarios adicionales, consulte

**Advertencia:** La Sección 1001 del Título 18 el Código de EE. UU. considera como un delito el hacer declaraciones falsas o representaciones erróneas premeditadas ante cualquier departamento o agencia de Estados Unidos con respecto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción, punible con una multa de hasta \$10,000 y/o encarcelamiento por hasta 5 años.

**Certifico que la información en esta Verificación de discapacidad es verdadera y correcta.**

Nombre del evaluador/persona encargada del diagnóstico:

Título o credenciales:

Firma:		Fecha:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
Dirección de la agencia/oficina:		

### **Credenciales para completar la Verificación de discapacidad**

A continuación se encuentra una lista de profesionales calificados para completar la *Verificación de discapacidad*. Si usted tiene un título/licencia/acreditación que no aparece aquí y cree estar calificado(a) para evaluar la condición de discapacidad de una persona, comuníquese con nosotros al 503-802-8333.

<b>Puesto</b>	<b>Acrónimo</b>
Consejero certificado de nivel 3 para alcohol y drogas	CADC III
Doctor en medicina quiropráctica	DC
Doctor en medicina osteopática	DO
Trabajador social clínico con licencia	LCSW
Enfermero practicante con licencia	LNP
Enfermero practicante de salud mental psiquiátrica	PMHNP
Especialista certificado en enfermería	CNS FNP
Enfermero practicante familiar	
Doctor en medicina	MD
Auxiliar médico	PA
Profesional calificado de salud mental	QMHP

**Comentarios adicionales:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

